



\*poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (lekár, zdravotnícke zariadenie), s ktorým nemá Union zdravotná poisťovňa, a.s.(UZP) uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

## Prehľad predpokladaného rozsahu zdravotnej starostlivosti k príspevku

vyplní nezmluvný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (PZS)

Názov zdravotníckeho zariadenia .....

Adresa .....

PSČ ..... IČO .....

Meno a priezvisko ošetrojúceho lekára .....

Kód ambulancie ..... Kód lekára .....

Telefón ..... E-mail .....

Diagnóza slovom ..... MKCH 10 .....

## Predpokladaný rozsah požadovanej zdravotnej starostlivosti

| Kód<br>V, L, ZP, DP, JZS* | Názov<br>V, L, ZP, DP, JZS, výkonu / účelu H | Počet<br>výkonov,<br>ks, balení ** | Doba poskytovania<br>zdravotnej starostlivosti<br>od – do | Predpok. náklady,<br>ktoré má uhradiť<br>poistenec *** v eur | Výška príspevku<br>UZP **** v eur |
|---------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
|                           |                                              |                                    |                                                           |                                                              |                                   |
|                           |                                              |                                    |                                                           |                                                              |                                   |
|                           |                                              |                                    |                                                           |                                                              |                                   |
|                           |                                              |                                    |                                                           |                                                              |                                   |
|                           |                                              |                                    |                                                           |                                                              |                                   |
|                           |                                              |                                    |                                                           |                                                              |                                   |
|                           |                                              |                                    |                                                           |                                                              |                                   |
|                           |                                              |                                    |                                                           |                                                              |                                   |
|                           |                                              |                                    |                                                           |                                                              |                                   |
|                           |                                              |                                    |                                                           |                                                              |                                   |

\* kód výkonu (V) u stomatologických výkonov aj s uvedením lokalizácie zuba, lieku (L), zdravotníckej pomôcky (ZP), dietetickej potraviny (DP), jednoduchovej zdravotnej starostlivosti (JZS), hospitalizácia (H) **hradené z verejného zdravotného poistenia**

\*\* v prípade, že sa jedná o postupné / následné poskytovanie zdravotnej starostlivosti uviesť a zdôvodniť počet návštev, hospitalizácií prípadne obdobie, ktoré je nevyhnutné na poskytnutie zdravotnej starostlivosti v osobitnej prílohe žiadosti

\*\*\* celková suma aj v prípade potreby postupného/následného poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorú má uhradiť poistenec nezmluvnému PZS

\*\*\*\* doplní zdravotná poisťovňa

Ak došlo k akejkoľvek opodstatnenej zmene už odsúhlaseného rozsahu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, je treba považovať túto skutočnosť za dôvod na podanie novej žiadosti a to v zmysle kritérií, teda ešte pred jej poskytnutím.

**V prípade, že potrebujete pomôcť s vyplnením žiadosti, zavolajte nám na 0850 003 333.**

**Vzor vyplnenej žiadosti nájdete na <http://www.union.sk/osetrenie-u-nezmluvneho-lekara>**

V ..... dňa .....

podpis a pečiatka ošetrojúceho lekára

**DÔLEŽITÉ! žiadosť bez podpisu a pečiatky nemôžeme posúdiť**